



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

صحة... ابتسامة... جمال
Health ... Smile ... Beauty

File No:

Date: 26/2/19

Date: ... / ... /

File Number: 1001675

Patient Name: Na. Sheena

اسم المريض: 1001675

Date Of Birth: 16/1/84 Gender: M / F

Marital Status: (الحالة الاجتماعية): Married

Nationality: Pakistani

الوظيفة: Occupation

Address: (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): 052939030

E-MAIL: How did you know about us:

94.9

76.3

50.1

التاريخ الطبي	
Medical Condition	الحالة الطبية
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تعاطى أي أدوية أو تلقى أي علاجات حديثة؟	Yes/No نعم / لا
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تعاطى أي مثبّطات للمناعة؟	Yes/No نعم / لا
Allergies هل لديك أي حساسية؟	Yes/No نعم / لا
Surgical Operations, Serious illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	Yes/No نعم / لا
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	Yes/No نعم / لا
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تعاطى أي مميعات للدم؟	Yes/No نعم / لا
Anemia, Leukemia (نقر الدم)، لوكميما (سرطان الدم)	Yes/No نعم / لا
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	Yes/No نعم / لا
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	Yes/No نعم / لا
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي مانع للحمل؟ هل تعانين من مشاكل في الدورة الشهرية؟	Yes/No نعم / لا
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	Yes/No نعم / لا
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	Yes/No نعم / لا
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	Yes/No نعم / لا
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	Yes/No نعم / لا
Other conditions HSV, HIV...etc	هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ فيروس الإيدز، فيروس الحلا البسيط etc

Pandoni

headdeck Problem

Medical Consent Form

- I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician
- I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.
- I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.
- I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.
- I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.
- I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
- I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.
- I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.
- I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.
- I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

- أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المرفوع،
- أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.
- أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما ذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.
- أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.
- أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تامين لتنتاج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.
- أتفهم تماما كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.
- و ادرك ان بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الالام أو الحساسية
- أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب ان تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.
- أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لدي قنحي الملف صحيحة. و أتفهم ان اي معلومات تتعلق بحالتي الصحية ستبقى سرية تماما ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي
- أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (من هم دون السن القانونية):

التاريخ: ... / ... /

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (نوعية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (ضغط الدم):	/	Blood Sugar (سكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

weight gain

التاريخ المرضي: Disease History

الحساسية Allergies

NO

الأدوية Medications

NO

الحمل Pregnancy

—

Previous Surgeries, Hospitalization
عمليات سابقة ، احوال المستشفى

—

Smoking (التدخين): Y / N

Alcohol (الكحول): Y / N

Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

Head neck

الفحص Examination

BCA test

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

Obese

Treatment Plan خطة العلاج

Package for
(5 Sessions + Consultation)
2000 DHS.

14/7/2019

abscess (fistula) down the area
of 6 tooth
Needs R.C.T.
x-ray has been done 50 DHS.
Dr. Daba

Doctor's Signature and Stamp

Dr. Daba

Body Composition Analysis

Total amount of water in body	Total Body Water (L)	35.0 (28.7~35.1)
For building muscles	Protein (kg)	9.4 (7.7~9.5)
For strengthening bones	Minerals (kg)	3.48 (2.65~3.25)
For storing excess energy	Body Fat Mass (kg)	46.9 (11.3~18.1)
Sum of the above	Weight (kg)	94.8 (47.9~64.9)

InBody Score

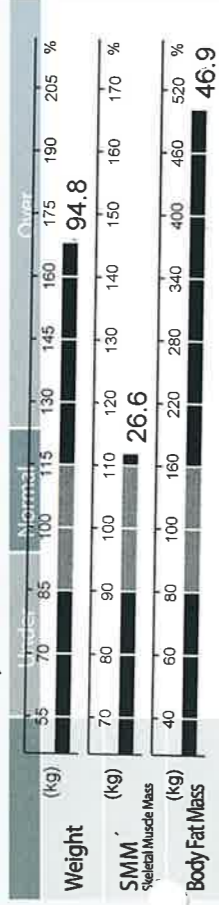
52 / 100 Points

* Total score that reflects the evaluation of body composition. A muscular person may score over 100 points.

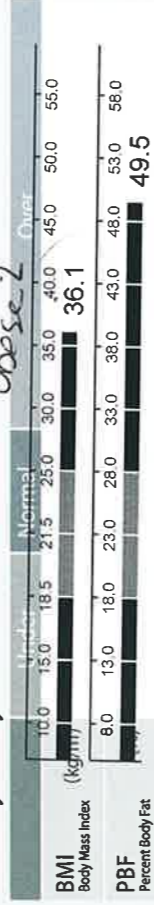
Weight Control

Target Weight 62.2 kg
 Weight Control - 32.6 kg
 Fat Control - 32.6 kg
 Muscle Control 0.0 kg

Muscle-Fat Analysis



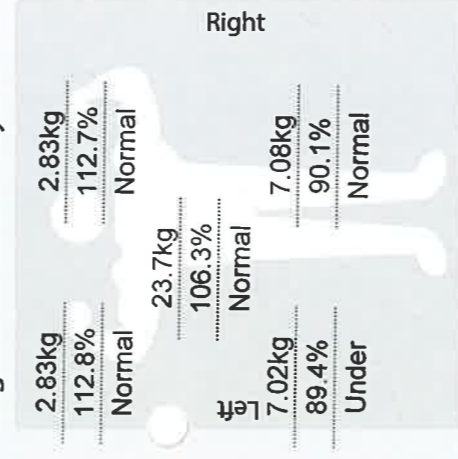
Obesity Analysis



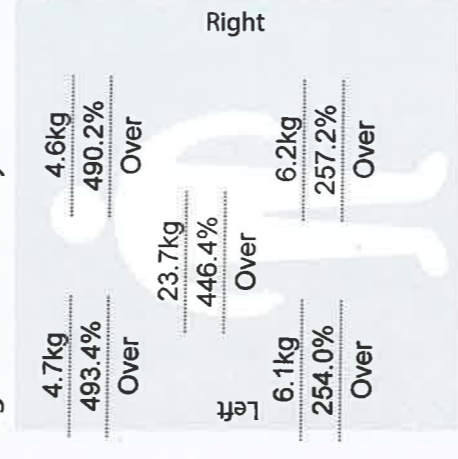
Research Parameters

Fat Free Mass 47.9 kg
 Basal Metabolic Rate 1404 kcal (1789~2104)
 Obesity Degree 168 % (90~110)
 Recommended calorie intake 1923 kcal

Segmental Lean Analysis



Segmental Fat Analysis



Body Composition History

Weight (kg)	94.8
SMM (kg)	26.6
PBF (%)	49.5

Impedance

Z(α) 20 kHz | 374.3 372.8 23.2 297.6 300.9
 100 kHz | 334.6 335.0 19.5 260.6 266.4

Calorie Expenditure of Exercise

Golf	167	Gateball	180
Walking	190	Yoga	190
Badminton	214	Table Tennis	214
Tennis	284	Bicycling	284
Boxing	284	Basketball	284
Mountain Climbing	309	Jumping Rope	332
Aerobics	332	Jogging	332
Soccer	332	Swimming	332
Japanese Fencing	474	Racketball	474
Squash	474	Taekwondo	474

Results Interpretation QR Code

Scan the QR Code to see results interpretation in more detail.





مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 50.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004389)

Date: 14-07-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001675 - NOSHENA 00. - 971544291385

The sum of Dhs. **Fifty Dirhams and Zero Fils Only**

By Cash **50.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No.

Date: 14-07-2019

Being **Periapical X-Ray**

Made by **Hiba**

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001675 - NOSHENA 00. - 971544291385

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae